

Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: construcción técnica y colectiva

Medellín and the dream of a healthy city: a technical and collective construction

Jairo H. Restrepo-Zea, Eliana Martínez-Herrera y Andrea Ruiz-Molina

Recibido 15 agosto 2015/Enviado para Modificación 9 mayo 2016/Aceptado 17 agosto 2016

RESUMEN

JR.: Econ. M.Sc. Políticas Públicas. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. jairo.restrepo@udea.edu.co
EM.: OD. M.Sc. Ph.D. Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. eliana.martinez@udea.edu.co
AR.: Econ. Consultora e Investigadora. Medellín, Colombia. andrearuizmolina@yahoo.com.

Objetivo Definir para Medellín el alcance del concepto y de la estrategia de Ciudad Saludable.

Material y Métodos Estudio mixto con revisión de literatura, análisis documental y participación de actores.

Resultados En la construcción del concepto se llega a “una ciudad para vivir más y mejor” y se identifican quince características atribuidas a Medellín Ciudad Saludable. La población califica la situación actual como regular y da mayor importancia a las características de medio ambiente, seguridad, acceso a servicios de salud, vivienda y empleo. Aun así, la ciudad presenta avances y esfuerzos importantes para ser reconocida como Ciudad Saludable, pues mantiene programas y proyectos en estas y otras características que contribuyen a elevar el estado de salud.

Discusión La construcción de una Ciudad Saludable es particular a cada contexto y en cualquier caso demanda la combinación de trabajo técnico y participación ciudadana en aras de elaborar su propio imaginario e identificar prioridades. En el caso de Medellín, es necesario asumir la estrategia de manera sistemática para que se mantenga en el futuro y hacer explícitas metas y acciones a emprender con el concurso de diferentes sectores del desarrollo local.

Palabras Clave: Ciudad saludable, promoción de la salud, salud urbana, políticas públicas, participación ciudadana (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To define the scope and the strategy of the Healthy City concept for Medellín. **Material y Methods** Mixed study with literature review, document analysis and involvement of actors.

Results The construction of the concept leads to “a city to live more and better”. Fifteen characteristics were identified and attributed to “Medellín, a Healthy City”. The population assesses the current situation as average and gives more importance to the environment, safety, access to health services, housing and employment. In spite of this perception, and due to the programs and projects directed to increase health quality, the city has advanced towards the implementation of efforts to be acknowledged as a Healthy City.

Discussion The construction of a Healthy City is specific for each context, and, in any case, it demands a combination of technical work and citizen participation, with the purpose of creating an own imaginary and identifying priorities. In the case of Medellín, assuming the strategy in a systematic manner is necessary to continue in the long term and to propose explicit goals and take actions to work along with different sectors of social development.

Key Words: Health promotion, urban health, public policy (*source: MeSH, NLM*).

La planificación y la gestión del territorio son fundamentales para que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades sean estrategias efectivas en el mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de la población (1). Aunque la autoridad sanitaria puede liderar dichas estrategias, el éxito depende de la manera como logre la articulación intersectorial y la participación ciudadana. El reto más importante, considerando la salud como componente y objetivo fundamental del desarrollo, se asumió en la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en el sentido de incluir “la salud en todas las políticas” (2). Una manera de aplicar esta iniciativa es mediante la estrategia de Ciudad Saludable.

Una Ciudad Saludable puede verse en dos sentidos interrelacionados, de manera similar a como se entiende una persona saludable. Por un lado, puede asumirse una ciudad que alcanza mejores indicadores de salud, como unas tasas de mortalidad y morbilidad más bajas, y mayores expectativas de vida. Por otro lado, Ciudad Saludable constituye una suma de esfuerzos del gobierno, la empresa y las comunidades, en procura de alcanzar un mejor estado de salud. En este caso, se trata de una estrategia que parte de una visión compartida sobre la ciudad y que puede expresarse en planes y programas como campañas sobre hábitos saludables, promoción de actividad física o cuidado del medio ambiente.

En forma pionera, en 1875 Benjamin Ward Richardson se refirió a una comunidad “...que por el ejercicio de su libre albedrío y guiada por el conocimiento científico, logre la perfección de los resultados sanitarios, reflejados estos, si no plenamente, en la coexistencia de la mortalidad general más baja posible con la longevidad individual más alta posible” (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió una ciudad “...que está continuamente desarrollando las políticas públicas y la creación de los entornos físicos y sociales que permiten a su gente apoyarse mutuamente en la realización de todas las funciones de la vida y alcanzar su potencial completo” (4).

La definición de OMS se asocia con Toronto, cuando en 1984 se propuso que esta fuera la ciudad más saludable de Norteamérica. El debate estuvo influenciado por las reflexiones de Leonard Duhl, para quien una ciudad es un organismo complejo, con muchos órganos y conexiones que pueden compararse con los sistemas energéticos, ambientales, de transporte, de comunicaciones, nutricionales y de desecho de basuras, así como las vías y las redes de comunicación que llevan alimentos (5). A partir de Toronto surgió la iniciativa Ciudades Saludables de la OMS en Europa, buscando elevar la calidad de vida en 34 ciudades. Mediante el desarrollo de cinco fases quinquenales, el movimiento ha crecido hasta más

de 3 000 comunidades y ha servido para impulsar un amplio rango de intervenciones en pro del desarrollo y la conservación de la salud de la población urbana (6,7).

En la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio inicio en 1992 a la estrategia de Municipios Saludables como una forma de fortalecer la ejecución de actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, colocando la promoción de la salud como prioridad en la agenda política (8,9). Recientemente se propuso posicionar nuevamente la estrategia, así que en 2010 se realizó en Nueva York el segundo Foro Regional de Salud Urbana y el tercer Foro Regional de Promoción de la Salud, en el cual Medellín y Bogotá fueron reconocidas por sus iniciativas en materia de prevención de riesgos y de un programa de salud para población informal, respectivamente (10). Además, en 2011 la OPS adoptó el plan de acción “Sobre la salud urbana en las Américas” con un horizonte a 2021 (11).

Colombia adoptó la estrategia de OPS en 1992 y en 1996 la denominó *Municipios saludables por la Paz* (9, 12). En algunos territorios se retomó la estrategia y se incorporó en las políticas públicas, aunque el proceso no estuvo bien planeado y en la marcha no logró viabilidad financiera, política, institucional y técnica (13). El gobierno nacional retomó el interés por desarrollar la estrategia mediante entornos y territorios saludables, en el contexto del plan decenal de salud pública (14), y varias ciudades han puesto en marcha programas y proyectos que se conciben en el marco de Ciudad Saludable.

En este contexto, el plan de salud “Medellín Ciudad Saludable” (15) recoge propuestas y fundamentos que se habían planteado desde tiempo atrás (16,17). Dado el impulso propiciado por el plan, esta investigación buscó definir el alcance del concepto y de la estrategia de Ciudad Saludable para Medellín. Este propósito se refiere tanto al trabajo técnico como al conjunto de acciones que vinculen a los actores locales para la consolidación de dicha estrategia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se adelantó un estudio mixto, con un componente central cualitativo y un componente simultáneo y complementario cuantitativo (18). Se llevó a cabo un *scoping review* (19) de publicaciones relacionadas con el concepto de Ciudad Saludable, su evolución como estrategia y experiencias en el mundo, sin hacer una clasificación exhaustiva pero sí identificando elementos que pudieran servir de referente para Medellín.

Durante el segundo semestre de 2013 se recolectó información primaria, mediante entrevistas, seminarios y foros con grupos abiertos, para la emergencia del imaginario de Ciudad Saludable (20) y la percepción sobre su aplicación en Medellín. Se interactuó con *stakeholders*: hacedores de política (Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, Comité Universidad Empresa Estado y funcionarios de la administración municipal, especialmente de las secretarías de salud y planeación), líderes comunitarios y ciudadanía (participantes en redes sociales), pidiendo responder “¿qué es una ciudad saludable?”, e indagando sobre las características de Medellín como Ciudad Saludable. Se contó con el apoyo de un grupo de expertos, que mediante conformación y denominación de grupo nominal permitieron la triangulación múltiple de hallazgos y conceptos (21).

A partir de las características identificadas se aplicó una encuesta ciudadana a conveniencia, entre agosto de 2013 y junio de 2014, mediante plataforma virtual o en centros comerciales y parques biblioteca. Los participantes seleccionaban las cinco características más importantes para hacer de Medellín una ciudad saludable y evaluaban el estado de cada una de ellas, para la ciudad y para su comunidad (comuna o corregimiento), calificándola entre muy buena y muy mala. Cada participante registró su sexo, edad, lugar donde vive y nivel educativo.

El análisis documental se concentró en los planes de desarrollo de 2004 a 2015, identificando las continuidades y rupturas de programas y proyectos según las características de ciudad saludable. Como complemento y teniendo en cuenta las demás actividades del estudio, se generó una batería de indicadores para el seguimiento y la evaluación de la estrategia de ciudad saludable tomando en consideración las características que resultaron priorizadas durante el proceso.

Finalmente, siguiendo los criterios de COREQ (22), se verificó la calidad científica de la investigación cualitativa. En cuanto a los aspectos éticos, las personas invitadas asintieron su participación mediante consentimiento informado verbal.

RESULTADOS

La experiencia de ciudad saludable en el mundo

En términos de indicadores de salud y bienestar, sirve como referencia el ranking de ciudades saludables de la Escuela de Economía de Londres (23). Entre las 129 capitales y grandes ciudades del mundo, las más saludables a partir del índice de desarrollo humano, Medellín aparece en un nivel medio y es superado por otras once ciudades en América Latina y por Bogotá (Tabla 1).

Tabla 1. Ranking de Ciudades más Saludables

| 10 primeros lugares | | | 12 primeras de América Latina | | |
|---------------------|-----------|-----------|-------------------------------|----------------|-----------|
| Puesto | Ciudad | País | Puesto | Ciudad | País |
| 1 | Hong Kong | China | 21 | Santiago | Chile |
| 2 | Osaka | Japón | 30 | Monterrey | México |
| 3 | Tokio | Japón | 31 | Buenos Aires | Argentina |
| 4 | Singapur | Singapur | 33 | México D.F. | México |
| 5 | Estocolmo | Suecia | 35 | Guadalajara | México |
| 6 | Roma | Italia | 36 | Lima | Perú |
| 7 | Madrid | España | 44 | Caracas | Venezuela |
| 8 | Paris | Francia | 45 | Bogotá | Colombia |
| 9 | Berlín | Alemania | 57 | Fortaleza | Brasil |
| 10 | Sídney | Australia | 60 | Belo Horizonte | Brasil |
| | | | 62 | Recife | Brasil |
| | | | 64 | Medellín | Colombia |

Fuente: Escuela de Economía de Londres (2013). Nota: para Suramérica, se toman las 12 primeras, entre las que está Medellín.

Si se indaga por Ciudades Saludables, a partir de los esfuerzos por mejorar la salud y la calidad de vida, la selección de experiencias es más compleja por la diversidad de iniciativas y la evolución que tienen las ciudades. En todo caso, se tienen varios intentos por sistematizar la experiencia, dar luces para un nuevo posicionamiento de la estrategia y desarrollar metodologías para su evaluación (24,25). En general, los siguientes aspectos se resaltan como claves para el éxito de la estrategia de ciudad saludable: compromiso político al más alto nivel, trabajo intersectorial, participación ciudadana y formación de redes de colaboración entre actores públicos y privados, locales y extra territoriales.

Entre las experiencias que pudieran destacarse en el mundo, por dar muestra de un trabajo sistemático y persistente de cara a la idea de ciudad saludable, se encuentran: Barcelona, Brighton, Hove, Copenhague, Salzburgo y Liverpool en Europa; Toronto, Vancouver, Boston, Denver, New Mexico, New Jersey, Cienfuegos, Curitiba, Montevideo y Rio de Janeiro en las Américas, y Johannesburgo en África.

El imaginario y las características de Medellín ciudad saludable

Producto del proceso adelantado con los grupos abiertos y *stakeholders* emergieron distintas expresiones sobre lo que significa una Ciudad Saludable. En consonancia con lo que refiere (26), las características de las ciudades son únicas, pues el reconocimiento del ciudadano permite que la ciudad se proyecte, se preserve y se desarrolle, diferente a lo que se piensa cuando de homogeneizar los territorios se trata. De los participantes se resaltan palabras clave como: servicios públicos, promoción de la salud, estilos de vida saludables, recreación, vivienda, hábitat, seguridad, control político, calidad de vida, equidad, participación, espacio público, inclusión, cultura, equipamiento, y acceso a los servicios de salud. Por su

parte, de la literatura se resaltan, entre otros elementos: ciudad, entornos físico y social, apoyo mutuo, desarrollo pleno, y compromiso político.

A partir de las expresiones más comunes, se consideraron dos definiciones situacionales: “La Ciudad que permite a los ciudadanos desarrollar mejor las condiciones de salud, bienestar y equidad”, y “La ciudad que impulsa diariamente acciones por el bienestar, la equidad y calidad de vida hacia la búsqueda de oportunidades para todos los ciudadanos”, y dos definiciones experienciales: “Una ciudad que manifiesta en sus espacios de vida, el deseo de paz”, y “Una ciudad donde se puede vivir más y mejor”. Finalmente, mediante el consenso de expertos y manteniendo como referente lo señalado en la literatura (26), se identificaron y definieron 15 características aplicadas a Medellín Ciudad Saludable (Cuadro 1).

Percepción y priorización

En la encuesta ciudadana participaron 2 737 personas: 46 % hombres y 54 % mujeres; 22 % niños y jóvenes, 46 % adultos jóvenes, 28 % adultos maduros, y 4 % adultos mayores; 69 % profesionales, 25 % con educación secundaria y 6 % primaria. Las características priorizadas, en la medida que fueron seleccionadas por al menos el 40 % de los participantes, corresponden en su orden a: medio ambiente, seguridad, acceso a servicios de salud, vivienda y trabajo. Estas características coinciden con las mencionadas por los grupos abiertos y constituyen determinantes del estado de salud. Además, en cuanto a la percepción sobre el estado actual de las características seleccionadas, en promedio la ciudad obtuvo una calificación de regular a mal (2,92 sobre 5,0), aunque en general las personas ven mejor las cosas en su comuna que en la ciudad en su conjunto (Figura 1).

Teniendo en cuenta el perfil de los participantes y la importancia dada a las características, se encuentra una mayor preocupación de las mujeres por las necesidades de la familia, como acceso a servicios de salud, vivienda, trabajo y educación. Por su parte, los hombres dan mayor importancia a bienes públicos como medio ambiente, seguridad, buen gobierno y movilidad. También se presentan diferencias de percepción según la edad, así que para niños y jóvenes, y para adultos jóvenes, el medio ambiente y la seguridad son prioritarios, y para los adultos maduros y los adultos mayores el orden de estas dos características se invierte. Por otro lado, el acceso a servicios de salud aparece con más fuerza para las personas de mayor edad, algo similar a lo que sucede con el trabajo, mientras la preocupación por la educación disminuye con la edad. Sobresale también la importancia que dan los niños y los jóvenes a la característica de una ciudad reconciliada y trabajando por la paz.

Con respecto al nivel educativo, quienes poseen educación básica, secundaria o profesional están más sensibilizados por el tema del medio ambiente; en contraste, las personas con educación técnica o de posgrado dan prioridad a la seguridad. Es llamativa la importancia del acceso a servicios de salud para quienes tienen mayor nivel educativo. Los niveles altos de educación también ganan prioridad a mayor nivel educativo; en cambio, espacio público y buen gobierno aumentan con menores niveles educativos.

Finalmente, en las seis zonas de la ciudad se mantienen las primeras características, aunque con diferencias en cuanto al orden y sobre todo a su valoración para el entorno y para la ciudad. Por ejemplo, si se compara la zona nororiental, en donde reside el 23 % de la población de la ciudad y predominan los estratos socioeconómicos bajos, con la zona

Cuadro 1. Características teóricas y percepción de Ciudad Saludable en el contexto de Medellín

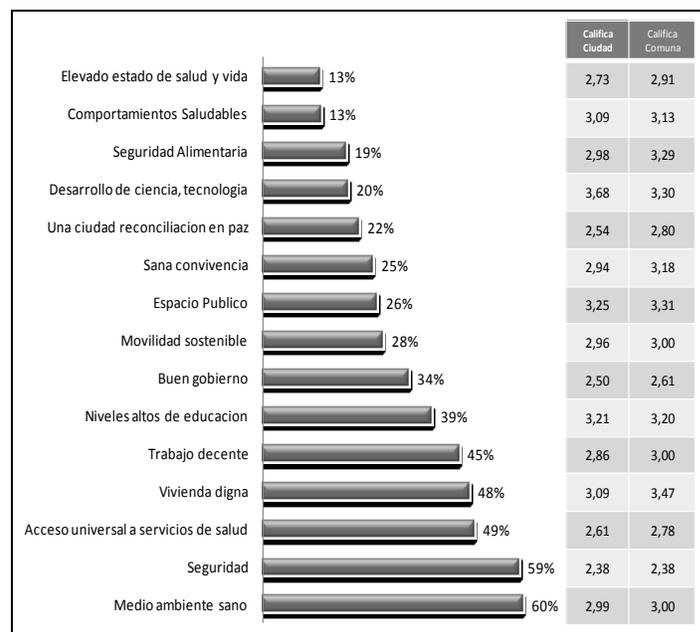
| Características teóricas | Características experienciales para Medellín |
|--|--|
| 1. Ambiente físico limpio de alta calidad | 1. Medio ambiente sano |
| 2. Ecosistema estable y sostenible | |
| 3. Calidad de la vivienda | 2. Vivienda digna |
| 4. Servicios de atención de enfermedades, accesibles para todos. | 3. Acceso universal a servicios de salud con calidad |
| 5. Economía diversa, vital e innovativa | 4. Trabajo decente 5. Desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación |
| 6. Comunidad se apoya mutuamente, no se explota | 6. Seguridad 7. Sana Convivencia |
| 7. Alto nivel de participación y control ciudadanos | 8. Buen Gobierno |
| 8. Satisfacción de las necesidades básicas | 9. Niveles Altos de Educación 10. Seguridad alimentaria 11. Comportamientos saludables |
| 9. Acceso de la gente a una amplia variedad de experiencias y recursos | 12. Espacio público 13. Movilidad sostenible |
| 10. Fomento de la conexión con el pasado, con la cultura y la herencia biológica | 14. Una ciudad reconciliada y trabajando por la paz |
| 11. Elevado estado de salud | 15. Elevado estado de salud y vida plena |

Fuente: Construcción propia con base en Duhl y Sanchez (1998).

suroriental que alberga al 5 % de la población y en donde predominan los estratos socioeconómicos altos, se observan las mismas características priorizadas con las siguientes diferencias: la mayoría de los participantes de la zona nororiental priorizaron medioambiente, que ocupó el cuarto lugar en la zona suroriental; en cambio, en la zona suroriental se dio la mayor importancia a seguridad, que ocupó el segundo lugar en la nororiental; por otra parte, acceso a servicios de salud ocupó el tercer lugar en la zona suroriental y el cuarto en la nororiental; la tercera característica más seleccionada en la nororiental fue trabajo decente y la cuarta en la suroriental; finalmente, vivienda digna es para ambas zonas la quinta característica más seleccionada.

En cuanto a la calificación que se hace en cada zona objeto de esta comparación, se tiene que la zona nororiental se visualiza como representativa de la ciudad, pues las calificaciones que asigna para sí misma y para la ciudad son en muchos de los casos iguales o ligeramente inferiores. En cambio, la zona suroriental de manera opuesta se visualiza mucho mejor que la ciudad y solo en el tema de acceso a servicios de salud se reporta con calificación menor a tres y peor que el promedio de la ciudad.

Figura 1. Medellín: Percepción ciudadana sobre Ciudad Saludable (% de personas que seleccionaron cada característica y calificación del estado actual)



Fuente: Encuesta ciudadana sobre Medellín Ciudad Saludable (GES)

Tabla 2. Medellín: percepción ciudadana sobre ciudad saludable según perfil de los participantes (% de personas que seleccionaron cada característica según característica)

| | Medio Ambiente | Seguridad | Acceso universal salud | Vivienda digna | Trabajo Decente | Niveles altos de educación | Buen Gobierno | Sanea convivencia | Movilidad sostenible | Espacio Público | encuesta | Seguridad alimentaria | Ciencia y tecnología | Comportamiento saludable | Elevado estado de salud y vida |
|--------------------------|----------------|-----------|------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|---------------|-------------------|----------------------|-----------------|----------|-----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 63 | 62 | 46 | 46 | 43 | 39 | 36 | 24 | 30 | 28 | 20 | 17 | 23 | 12 | 12 |
| Femenino | 58 | 57 | 51 | 49 | 47 | 39 | 31 | 26 | 26 | 25 | 24 | 21 | 17 | 15 | 14 |
| Nivel educativo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria | 62 | 50 | 40 | 48 | 52 | 37 | 38 | 29 | 19 | 31 | 24 | 24 | 18 | 14 | 13 |
| Secundaria | 65 | 61 | 40 | 48 | 41 | 36 | 37 | 31 | 26 | 27 | 27 | 15 | 21 | 10 | 14 |
| Técnico tecnológico | 57 | 61 | 48 | 55 | 43 | 38 | 36 | 26 | 31 | 27 | 21 | 18 | 17 | 10 | 13 |
| Profesional | 58 | 57 | 55 | 46 | 47 | 43 | 30 | 21 | 28 | 26 | 17 | 24 | 20 | 15 | 13 |
| Posgrado | 54 | 63 | 61 | 43 | 50 | 40 | 29 | 19 | 35 | 21 | 21 | 17 | 18 | 19 | 12 |
| Grupo de Edad | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niños y jóvenes | 69 | 59 | 39 | 43 | 45 | 36 | 38 | 33 | 18 | 25 | 31 | 18 | 24 | 10 | 14 |
| Adulto joven | 58 | 56 | 53 | 47 | 43 | 45 | 32 | 22 | 31 | 26 | 18 | 19 | 21 | 14 | 13 |
| Adulto maduro | 55 | 64 | 50 | 51 | 49 | 33 | 33 | 24 | 29 | 27 | 22 | 20 | 15 | 15 | 14 |
| Adulto mayor | 61 | 63 | 52 | 49 | 47 | 27 | 32 | 29 | 31 | 35 | 24 | 20 | 11 | 12 | 9 |
| Zona de la Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noroccidental | 62 | 59 | 52 | 54 | 47 | 42 | 29 | 25 | 22 | 24 | 21 | 21 | 16 | 13 | 13 |
| Nororiental | 57 | 57 | 49 | 49 | 51 | 36 | 37 | 30 | 22 | 23 | 21 | 21 | 22 | 11 | 15 |
| Centroriental | 62 | 52 | 46 | 45 | 48 | 45 | 30 | 28 | 24 | 23 | 26 | 21 | 18 | 18 | 13 |
| Centroccidental | 54 | 65 | 47 | 46 | 44 | 39 | 35 | 23 | 31 | 30 | 21 | 17 | 18 | 15 | 14 |
| Suroriental | 54 | 59 | 56 | 39 | 41 | 38 | 29 | 25 | 36 | 31 | 23 | 18 | 25 | 16 | 10 |
| Suroccidental | 63 | 64 | 46 | 49 | 41 | 32 | 33 | 24 | 37 | 31 | 23 | 15 | 19 | 12 | 12 |

Fuente: Encuesta ciudadana sobre Medellín Ciudad Saludable (GES).

Ciudad Saludable en los planes de desarrollo de Medellín 2004-2015

La cantidad de programas o proyectos con continuidad en las tres últimas administraciones, asociados a las características de ciudad saludable, fue la siguiente: medio ambiente (seis programas), vivienda (dos), acceso a servicios de salud (dos), ciencia, tecnología e Innovación (dos), sana convivencia (dos), buen gobierno (dos), educación (dos), espacio público (dos), movilidad (dos), comportamientos saludables (uno), y estado de salud (uno). No se observó continuidad en programas de: trabajo, seguridad, seguridad alimentaria y paz y reconciliación. A continuación, el recuento de las características priorizadas junto con la asociada al estado de salud.

Elevar estado de salud y vida plena. El programa de salud pública mantiene su continuidad durante las tres administraciones. Sin embargo, pese a su continuidad y si bien en el período actual el componente de salud del plan de desarrollo se denomina Medellín ciudad saludable, los planes no han trascendido a la definición de acciones intersectoriales para contribuir al propósito de elevar el estado de salud.

Medio ambiente sano. Las intervenciones gubernamentales se centran en: el aire como asunto central y su medición para el control; el agua, centrados en el manejo integral y el tratamiento del Río Medellín; el suelo, configurado alrededor del cuidado de las laderas y reconocido en programas como Cinturón Verde; educación ambiental, que incluye la protección a la fauna y el bienestar animal.

Acceso universal a servicios de salud con calidad. Asociados a esta característica se mantienen los programas de aseguramiento y red de atención. En el primer caso, se hace énfasis en el derecho a la salud y su garantía en la ciudad, y en el segundo, se observa continuidad mediante el fortalecimiento de la red hospitalaria.

Seguridad. Este tema ha tenido menos continuidad. Se destacan los programas de autorregulación ciudadana y de seguridad y convivencia.

Trabajo decente. Se mantiene un programa de fortalecimiento empresarial. Otros programas sólo han tenido continuidad parcial, como el programa de apoyo a la economía solidaria y otras formas asociativas de 2004-2007, que se corresponde con el programa Emprendimiento y desarrollo empresarial y solidario en marcha.

Vivienda digna. Se destacan los proyectos urbanos integrales y el mejoramiento integral de los barrios.

DISCUSIÓN

Si bien la transformación permanente de una ciudad responde al contexto específico en que ella se desenvuelve (27, 28), es al interior de la misma, con la participación de

sus propios actores y teniendo en cuenta sus prioridades y recursos, que se puede dar lugar a una visión compartida sobre lo que significa una ciudad saludable y la puesta en marcha de los programas y proyectos acordes con tal visión.

Desde hace varios años, Medellín presenta esfuerzos importantes frente al propósito de ser reconocida en la dinámica hacia una ciudad saludable (17,29), cuenta con varios programas y proyectos que van en la línea de intervenir los determinantes sociales de la salud y contribuir a elevar el estado de salud de la población y a garantizar el desarrollo de una vida plena. Se destacan los pasos que se dieron recientemente, al incorporar el tema de ciudad saludable en el Plan de Ordenamiento Territorial de Medellín 2014-2026 (30), un esfuerzo importante en procura de recuperar la planeación urbana al servicio del bienestar de la población y fortalecer el trabajo intersectorial, factores claves para el éxito de la estrategia (13,24).

La potencia creadora de los imaginarios, develados sobre Medellín ciudad saludable en los espacios abiertos para el debate, recogieron el espíritu, las manifestaciones simbólicas intencionales y afectivas del concepto desde una perspectiva experiencial, en el entendido ontológico de situaciones insondables sobre la construcción del sueño como idea utópica de Ciudad Saludable y que generan en un sentido común la consecuente motivación por la búsqueda de la transformación social.

Como resultado de la consulta ciudadana, de las conversaciones con varios públicos y de los diálogos con expertos, se concentró la atención en seis características para Medellín ciudad saludable: medio ambiente, seguridad, acceso a servicios de salud, empleo, vivienda y comportamientos saludables. Estas características guardan correspondencia con medidas como el índice multidimensional de condiciones de vida. Se hace un llamado a motivar en la ciudadanía y la comunidad nuevos aportes que deben valorarse y que pueden servir de derrotero a la administración pública en el proceso de toma de decisiones en materia de planeación urbana y territorial. Esto debe verse en sentido proactivo para formular planes estratégicos y para orientar la inversión hacia las prioridades identificadas (31).

Una resultante motora, para continuar fortaleciendo el cambio de la ciudad, tiene una estrecha relación con temas circundantes al conflicto desde los desequilibrios generados por la carencia de vivienda y servicios, las dificultades del tráfico, la contaminación, los daños a la salud, el ambiente “no humano” hasta el desarrollo desbordado y desequilibrado que puede provocar alteraciones en identidad. Las dinámicas sociales, económicas y culturales en Medellín intervienen por tanto en la aproximación conceptual al caso para la ciudad y se plantea entonces un concepto situacional y experiencial (32).

Entre los retos a tener en cuenta en la etapa de consolidación de la estrategia se encuentra la posición de la ciudad en el territorio, esto es, el carácter de ciudad metropolitana y el concepto de ciudad - región (30), de suerte que los esfuerzos sean dirigidos a extender la estrategia para integrar metas y acciones con los demás municipios del área, principalmente en los temas más cercanos a los bienes públicos, como medio ambiente, seguridad y movilidad. Además, como parte del enfoque de sostenibilidad, conviene reforzar la articulación entre el área rural y la urbana, de forma que se planteen acciones conjuntas para la integración de ambas y para reconocer los nuevos bordes y límites de la ciudad, generando el goce de las mismas oportunidades y beneficios de la población en espacios francamente delimitados pero tan dinámicos como los ya intervenidos (31).

Para consolidar la estrategia de ciudad saludable también resulta fundamental hacerla visible al interior de la administración municipal y en toda la ciudad. Esto implica, como parte de la gobernanza o del buen gobierno que la estrategia demanda, propiciar el cambio cultural para leer la política de salud como un conjunto de acciones y de proyectos en los que intervienen diversos actores y buscar que estos sean formulados y evaluados teniendo en cuenta su impacto sobre la salud de la población (33). La gobernanza pasará por la realización de alianzas estratégicas en las cuales se potencie la participación plural de actores de la ciudad.

Finalmente, como lo indicara la percepción de la ciudadanía, sobre el estado de los distintos determinantes sociales de la salud, se mantienen diferencias entre zonas de la ciudad y entre grupos de población según su nivel socioeconómico, lo cual es corroborado por información estadística. Este reto puede ser afrontado buscando una mayor inclusión y el empoderamiento de las comunidades, dando lugar a la posibilidad de gestar experiencias de innovación social en las que la ciudad tiene ya reconocimiento, como el Metrocable en dos zonas marginadas de la ciudad, las escaleras eléctricas en la comuna 13, el programa Buen Comienzo o las actividades del Instituto de Deportes y Recreación de Medellín -INDER- para que la población adelante actividad física, incluyendo a personas con discapacidad, con lo cual todo redundará al desafío superior del alcance utópico de territorios saludables y equitativos *

Agradecimientos: Los autores agradecen a las personas, organizaciones y entidades que colaboraron brindando información y aportando sus opiniones para que este estudio fuera posible. En especial, a la Secretaría de Salud de Medellín y a la Universidad de Antioquia por la financiación, así como a la profesora Olga

Zapata, de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, a la estudiante de economía María Fernanda Mora y a las profesionales de la Secretaría de Salud de Medellín Verónica Lopera y Olga Henao, por sus contribuciones para el desarrollo del trabajo.

Financiación: Artículo de investigación derivado del proyecto “Planteamiento teórico y aproximaciones empíricas sobre el concepto de ciudad saludable al caso de Medellín”, realizado por del Grupo de Economía de la Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia (GES) entre abril de 2013 y julio de 2014. Financiación: Secretaría de Salud de Medellín y Universidad de Antioquia (Convenio de Asociación 4600047150 de 2013).

REFERENCIAS

1. World Health Organization-WHO. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Consultado Abril de 2013
2. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. (Eds.). Health in All Policies. Prospects and Potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
3. Hancock T. Healthy Cities and Communities: Past, Present, and Future. National Civic Review 1997; 86(1): 11-21.
4. Awofeso N. The Healthy Cities approach: reflections on a framework for improving global health. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81(3): 222-223.
5. Duhi LJ. The healthy city: Its function and its future. In: Abstract Health Promotion International 1986.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. [Internet]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101076/E92343.pdf Consultado Abril de 2013
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. [Internet]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf. Consultado Abril de 2013.
8. Restrepo H, Llanos G, Contreras A, Rocabado F, Gross S, Suárez J, González J. The PAHO/WHO experience: Healthy municipalities in Latin America. In: Price and Tsouros (editors). Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development. Copenhagen;1996. pp 203-214.
9. Málaga H. Municipio Saludable: una estrategia de justicia social. MEDUNAB 1998; 1(3): 200-203.
10. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del Segundo Foro Regional de Salud Urbana y Tercer Foro Regional de Promoción de la Salud. New York; 25 al 27 de octubre del 2010.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. [Internet]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/sde/saludurbana_res.pdf. Consultado Abril de 2013.
12. Cabarcas-Montes F, Agudelo C. Indicadores de Evaluación de la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz en Colombia. Rev de Salud Pública (Bogotá) 2003; 5(2): 180-197.
13. Chávez B, Arbelaéz MP. La estrategia de municipios saludables como política pública, Antioquia, Colombia, 2007. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2008; 26(1): 40-49.
14. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un Nuevo País. Paz, Equidad, Educación.
15. Alcaldía de Medellín. Plan de Salud Municipal 2012-2015: Medellín Ciudad Saludable. Revista Salud Pública de Medellín. 2012; 5(1).

16. Grupo de Economía de la Salud-GES. La salud en ciudades de Colombia. Observatorio de la Seguridad Social 2006; (12).
17. Grupo de Economía de la Salud-GES. Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004-2007. Observatorio de la Seguridad Social. 2008; (17).
18. Morse J, Niehaus L. Mixed method design. Principles and procedures. In: Walnut Creek California: Left coast press inc; 2009.
19. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*. June 2009. 26(2); 91-108.
20. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad Barcelona: Tusquets 1983; 1.
21. Vásquez N, Ferreira MR, Mogollon AS, Fernández MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
22. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós Básica; 1987.
23. Escuela de Economía de Londres-LSE. [Internet], disponible en: http://downloads0.cloud.lsecities.net/downloads/2011/11/2011_chw_hong-kong-newspaper.pdf. Consultado Septiembre de 2014.
24. De Leeuw E. Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory, *Health Promotion International*. Special Supplement on European Healthy Cities; 2009.
25. Meresman S, Rice M, Vizzotti C, Frassia R, Vizzotti P, Akerman M. Contributions for Repositioning a Regional Strategy for Healthy Municipalities, Cities and Communities (HM&C): Results of a Pan-American Survey. *Journal of Urban Health*. 2010; 87(5): 740-754.
26. Jacobs J. The death and life of great American Cities. Vintage Books Edition. New York: Random House; 1992.
27. Echeverría MC. La ciudad: hábitat de diversidad y complejidad. *Revista Bitácora Urbano Territorial*. 2001; (5): 40-45.
28. Puig T. [Internet], disponible en: <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Marca%20ciudad%20o%20como%20redisen%C%83arla.pdf>. Consultado Septiembre de 2014.
29. Grupo de Economía de la Salud-GES. La salud en las políticas públicas urbanas: la estrategia de Ciudad Saludable para Medellín. Observatorio de la Seguridad Social. 2006; (27).
30. Alcaldía de Medellín. [Internet]. Disponible en: http://www.concejodemedellin.gov.co/concejo/m21_gallery/26823.pdf. Consultado Diciembre de 2013.
31. Harvey D. Ciudades Rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana. Madrid: Ediciones Akal,S.A; 2013.
32. Duhi LJ, Sánchez AK. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/101610/E67843.pdf. Consultado Abril de 2013.
33. Kickbusch I, Buckett, K. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. South Australia, Adelaide: Department of Health, Government; 2010.